



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VARESE 2 "S. PELLICO"
Via Appiani, 15 – 21100 Varese - Tel. 0332 289297
C.F. 95039310123 – CUF: UFEDC4
Codice meccanografico VAIC873003
E-mail: vaic873003@istruzione.it
PEC: vaic873003@pec.istruzione.it
www.varese2pellico.edu.it



Circolare n. 301

Alle studentesse e agli studenti
Ai genitori
Al personale scolastico
delle scuole primarie e della secondaria di I grado
I.C. Varese2
P.C. DSGA

Protocollo e data come da segnatura

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO A.S. 2025/26

Si comunica che a partire dal mese di marzo, sarà attivato lo Sportello di supporto psicologico tenuto dalla Dottoressa Silvia Beccacini Psicologa.

Lo Sportello Psicologico fornisce alla scuola un supporto qualificato e specifico per promuovere il benessere nella sua accezione integrata e complessa all'interno della comunità scolastica. Permette di riconoscere e rispondere a possibili difficoltà di ordine psico-pedagogico, affettivo e sociale, che la quotidianità delle relazioni a scuola può porre in essere. Le azioni programmate mirano all'ascolto e al supporto del personale scolastico, al sostegno nei casi di stress lavorativo, all'aiuto e ascolto di alunni, alunne e genitori, con particolare attenzione ad emozioni, vissuti, incertezze e ansie legate alla frequentazione di spazi comuni per prevenire forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

Lo Sportello garantisce la presenza a scuola della psicologa, disponibile per colloqui individuali e non rivolti a tutto il personale scolastico, ai genitori, ai ragazzi e ragazze delle scuole primarie e della scuola secondaria di primo grado. Lo Sportello, che prevede come strumento centrale di intervento il colloquio di consulenza psicologica, si basa sull'accoglienza empatica, sull'ascolto attivo, sul dialogo, sul confronto, su indicazioni pratiche e consegne per aiutare a prendere maggior consapevolezza delle situazioni e affrontare i temi e possibili problemi portati allo sportello psicologico. Saranno attivati laboratori nelle classi sulla base di emergenti necessità.

Obiettivi:

- Favorire spazi di riflessione sulle tematiche della crescita e della genitorialità
- Fornire supporto alla funzione educativa
- Favorire il dialogo genitori-figli

Lo sportello favorisce inoltre la possibilità di valorizzare il ruolo dell'insegnante dentro una rete relazionale orizzontale e verticale. Consente di individuare insieme alla professionista le strategie di gestione di situazioni individuali o di gruppo difficili e/o complesse.

Obiettivi:

- Prevenire fattori di stress lavoro-correlato
- Fornire supporto al ruolo di insegnante (individuazione strategie gestione situazioni difficili)
- Favorire il dialogo studenti/esse-docenti

La psicologa a scuola e in orario scolastico, facilita un incontro, con una figura professionale di aiuto e la possibilità di sperimentare il valore dell'ascolto attento e della riflessione guidata da un adulto esperto.

Lo Sportello, con consultazioni psicologiche brevi, ri-orienta ragazzi e ragazze della scuola primaria e secondaria di I grado nei momenti di difficoltà legati alla crescita; permette di ridurre la confusione, ristabilire ordini di priorità, focalizzare le proprie esigenze, riconoscendo le pressioni sociali particolarmente intense e a cui si è molto sensibili in questa fase di crescita, anche per quanto riguarda il delicato passaggio della scelta formativa.

Obiettivi

- sostenere i percorsi di crescita, di individuazione preadolescenziale e le formazioni dell'identità
- favorire la conoscenza di sé nelle complesse dinamiche di relazione con gli altri, altre
- orientare a scelte formative consapevoli con confronti volti a focalizzare le proprie attitudini, aspirazioni, potenzialità, stili di apprendimento e metodi di studio

Sono calendarizzati i seguenti incontri:

MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO (da calendarizzare)
19	15	13	
25	29	21	
		27	

IL PRESENTE CALENDARIO POTRA' SUBIRE MODIFICHE SULLA BASE DI ESIGENZE ORGANIZZATIVE

Modalità di accesso allo sportello di ascolto psicologico

Per gli incontri individuali gli studenti, i genitori e il personale della scuola potranno richiedere un appuntamento, inviando una mail all'indirizzo sportello.psicologico@varese2pellico.edu.it

Gli studenti potranno richiedere consulenza anche attraverso modalità concordate con la Dottoressa Beccacini.

Saranno attivati anche laboratori didattici e incontri per la gestione dei gruppi classe al fine di migliorare le dinamiche relazionali, favorendo il benessere a scuola.

Per la partecipazione alle suddette attività è indispensabile il consenso, firmato dai genitori, da formulare utilizzando i moduli allegati (Allegato 1 per la scuola secondaria di I grado; Allegato 2 per la scuola primaria e secondaria di I grado) alla presente circolare. I consensi, firmati dai genitori, dovranno essere raccolti dai coordinatori di classe unitamente alla copia della carta di identità dei firmatari.

La Dirigente Scolastica
Katia Gargano
(Firma autografa a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.lgs 39/1993)

Allegato 1 PER LA SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Silvia Beccacini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 5183,
recapito cellulare 3715879384

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC Varese2
fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola
- Le prestazioni nei confronti delle persone adulte (insegnati, genitori) potrebbero anche essere svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *Meet* rispettando l'assoluta riservatezza del setting, senza registrare in nessun caso le sedute. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento colloqui di ascolto e sostegno psicologico
 - b) modalità organizzative per studenti e studentesse si prende appuntamento tramite richiesta da apporre nella scatola predisposta; per le persone adulte utilizzo di whatsapp con il numero indicato
 - c) scopi: favorire il ben-essere scolastico
 - d) limiti: possibilità di richiedere fino ad un max di 3 colloqui
 - e) durata delle attività: da marzo a giugno 2026
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo: www.opl.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.**

La Professionista

Silvia Beccacini

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante/ I genitori _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari,
e qui sopra riportato e decide/ono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Silvia
Beccacini presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a
distanza*).

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari,
e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle
prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/
mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari,
e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle
prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di
ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/___

Tutore del minore _____ in ragione di _____

(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

Allegato 2: PER LA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE DI LABORATORI DIDATTICI TENUTI DALLA DOTT.SSA SILVIA BECCACINI IN ORARIO CURRICOLARE

I sottoscritti madre _____ padre _____
genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe __ sezione ____

AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a partecipare, in orario curricolare, ai laboratori didattici tenuti dalla dott.ssa Silvia Beccacini come spazi di riflessione e supporto alla funzione educativa trattando tematiche quali: ed. civica, rispetto, gestione delle emozioni etc.

Data _____ Firma della madre/tutrice _____ Firma del padre/tutore _____

Se impossibilitato a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori e che l'altro genitore è stato informato ed è consenziente.

_____ FIRMA _____